

Importância da percepção do paciente sobre diagnóstico e terapêutica da doença

Luciane de Andrade Barreto

Psicóloga, Mestre, Setor Neuro-Sono da Disciplina de Neurologia da Unifesp, São Paulo-SP, Brasil.

Muitos são os profissionais de saúde que acreditam que sua maior contribuição na vida de seu paciente, ou do usuário do serviço no qual está inserido, é apenas a cura. Sem dúvida, essa expectativa se faz presente no processo saúde-doença-cuidado. Porém, entre os mitos de maior impacto nesse processo é o conceito de que o paciente é um sujeito passivo frente às intervenções do profissional, submetido ao saber do agente de saúde. Atualmente, há um consenso de que essa é uma visão ultrapassada, sugerindo práticas que constituam e fortaleçam a perspectiva e autonomia do paciente.

Caiu por terra, portanto, o modelo unilateral e biomédico, a partir do qual um dos lados dessa relação tem poder e conhecimento e a outra parte se submete passivamente sem questionamentos e opiniões, pois é infrutífero e despreza os direitos e a integralidade do paciente.

Além de promover saúde e prevenir doenças, se antecipando à instalação da doença, sabemos hoje que as práticas em saúde pública devem respeitar e fortalecer o usuário de saúde e garantir espaço de acolhimento, escuta e diálogo, o que configura uma relação mais democrática, integradora e participativa, inclusive numa visão interdisciplinar que valoriza as várias dimensões humanas.

A participação do paciente é fundamental na relação terapêutica, dividindo atenção inclusive com o efeito da tecnologia e da medicalização em nossos tempos.

A percepção da doença no doente pressupõe um exame qualitativo, uma hermenêutica do fenômeno patológico a partir da experiência, observando variações, equilíbrios, excessos ou disfunções.

Nesse sentido, podemos encontrar na clínica a legítima e autêntica fonte através da experiência narra-

da pelos pacientes, afinal para apreender a mutação do discurso é preciso acessar a linguagem na qual o modo de ver e de dizer ainda se pertencem e dirigir a atenção às 'coisas' e 'palavras' onde ainda não se separaram¹.

Aqui entramos em duas áreas de discussão articuladas entre si: o significado da doença, bem como sua comunicação, e as repercussões disso sobre o tratamento e o paciente.

Para essa discussão, vamos nos valer da existência de uma patologia que apresenta por excelência a presença emblemática da percepção: a Impercepção de Sono ou, como propõe a última classificação internacional, a Insônia Paradoxal^{2,3}. É uma desordem na qual a queixa de insônia é apresentada sem que se encontre evidência objetiva da presença de uma perturbação no sono, ou seja, o paciente acredita que não dorme e o exame confirma que não há insônia⁴.

Muitos profissionais especializados em Medicina do Sono são desafiados por essa intrigante patologia e preferem ressaltar o paradoxo existente entre o dado objetivo e o subjetivo, privilegiando o que a tecnologia indica e se distanciando da percepção dos próprios pacientes e do que eles podem trazer de contribuição para a compreensão mais ampla deste distúrbio.

Seria suficiente explicar ao paciente que ele dorme, mostrando evidências objetivas que comprovem isso, e tranquilizá-lo quanto aos efeitos sobre sua saúde? Nossa experiência clínica mostrou que não, pois com essa conduta há um flagrante desrespeito frente à percepção do paciente. Logicamente, a solução não está apenas em esclarecer o resultado de seu exame ou prescrever uma medicação. Fazendo isso, a comunicação não se dá ou há um desencontro de discursos. Por um

lado, a explicação médica com evidências de que não há fundamento na queixa do paciente e por outro está a percepção do paciente e seu relato subjetivo de que sofre de insônia.

O que surge aí e precisa ser considerado é o sofrimento do paciente, sua experiência de privação psíquica de sono e nela devemos intervir.

Diagnosticar um paciente não se restringe a reconhecer a patologia associada a um quadro clínico classificado numa categorização geral e abrangente, é preciso compreender singularidade, particularidades e condições específicas.

Então, um tratamento integrado deve tanto identificar a especificidade quanto encontrar elementos coletivos nesta individualidade. É preciso acessar a perspectiva do paciente em sua história, suas vivências, seu mundo psicossocial e sua subjetividade de maneira a integrar a dimensão psíquica e a fisiológica, articulando com o contexto sócio-histórico. Portanto, para tratar adequadamente um paciente com Impercepção de Sono é fundamental escutar e acolher a experiência subjetiva do paciente que sofre dessa condição, considerando o sofrimento psíquico e o desgaste físico e mental.

Se na privação fisiológica de sono encontramos sintomas como a sonolência, a irritabilidade, falta de concentração e dores de cabeça, a privação psíquica também apresenta seus efeitos sobre a vida do paciente, tais como a preocupação com futura exaustão física e mental, o aumento de ansiedade e queixa de perda de memória.

Tratar esse paciente com Impercepção de Sono é considerar a percepção como fator relevante no tratamento e com isso construir significados sobre a origem e a evolução da doença, o processo terapêutico e os aspectos práticos de como lidar com as demandas. É o profissional junto com seu paciente que poderá fazer isso, fortalecendo essa relação e oferecendo a terapêutica a partir do diagnóstico e do manejo.

Desta forma, a clínica não é um instrumento para descobrir uma verdade ainda desconhecida, mas

sim uma determinada maneira de dispor a verdade já adquirida e de apresentá-la para que ela se desvele sistematicamente¹.

Por esta razão, acredito que o artigo “Percepção do Paciente Neurológico Sobre os Resultados da Neurólise Química com Toxina Botulínica”, de Coelho e Ribeiro⁵, publicado nesse volume, apresenta significativa contribuição já que reconhece tanto a importância da percepção do paciente quanto a satisfação em relação ao tratamento e aos resultados. Os autores levantaram questões sobre as interferências no tratamento do paciente neurológico, tais como a relação entre a expectativa e a informação dada aos pacientes antes de iniciarem o tratamento com toxina botulínica e a diferença entre a percepção do profissional e do paciente. A partir dessas contribuições, é possível ampliar ações para a melhor aderência e resposta ao tratamento, garantindo a satisfação do paciente e estimulando-o como agente de sua própria reabilitação e funcionalidade. Interessante também observar o quanto a interdisciplinaridade pode ser salutar ao paciente e à sociedade já que diversos profissionais enriquecem a clínica e a pesquisa, ampliando ideias, aperfeiçoando estratégias e valorizando ações para um projeto comum.

REFERÊNCIAS

1. Foucault M. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980, 234p.
2. ICSD - International Classification of Sleep Disorders: diagnostic and coding manual. Diagnostic Classification Steering Committee, Thorpy MJ, Chairman. Rochester: American Sleep Disorders Association, 1990, 234p.
3. ICSD (2) - International Classification of Sleep Disorders.: diagnostic and coding manual. 2nd ed. Rochester: American Sleep Disorders Association (AASM), 2005, 297p.
4. Barreto LA, Coin-Carvalho JE, Prado GF. Impercepção de Sono. In: Bertolucci PHF, Ferraz HB, Félix EPV, Pedrosa JL (org). Guia de Neurologia. Coleção Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM. São Paulo: Editora Manole, 2010, p.993-8.
5. Coelho TLS, Ribeiro NMS. Percepção do Paciente Neurológico Sobre os Resultados da Neurólise Química com Toxina Botulínica. Rev Neurocienc 2011;19:221-28.